

診療申込書

記入日 年 月 日

ふりがな
お名前 様
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 満 才 カ月
性別 男・女
郵便番号
住所
アパート・マンション名
電話番号 ()
携帯番号 ()

※記入が終わりましたら、受付へご提出ください。

外房こどもクリニック

当院を初めて受診される患者様の問診票

記入日 年 月 日

フリガナ	男・女	生年月日
お名前	男・女	平成 年 月 日生
妊娠・出産	妊娠中の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (具体的に) 出産の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (具体的に) 生まれた時の経過 <input type="checkbox"/> 正常 (出生時体重 g) <input type="checkbox"/> 異常 (具体的に)	
成長・発達	★ 健診や育児相談で発達について何か指摘されたことがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある(具体的に) ★ 大きな病気や手術をしたことありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 歳ごろ(具体的に) <input type="checkbox"/> あり 歳ごろ(具体的に)	
アレルギー	★ 医師にアレルギーがあるといわれたことはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (具体的に) ★ お薬で合わないものはありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (具体的に)	
生活・家族	★ ご家族の構成についてご記入ください ・一緒に住んでいる方は年齢もご記入ください ・患者様ご本人には◎をお付けください ・ご家族で病気をされた方やアレルギーと言われた方がおいでならば備考欄にご記入ください	
	患児の姉妹・兄弟 祖父 歳 祖母 歳 父 歳 母 歳 第一子 男・女 歳 第二子 男・女 歳 第三子 男・女 歳 第四子 男・女 歳 第五子 男・女 歳	
備考	★ 保育園・学校に通っていますか? <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行っている(名称をご記入して下さい) 保育園・幼稚園 小学校 中学校	